



CENTRE HOSPITALIER NEUROLOGIQUE
WILLIAM LENNOX
GROUPE HOSPITALIER
SAINT-LUC • UCL

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SECTION ADULTE

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS
A COMPLETER PAR LE SERVICE SOCIAL**

IDENTIFICATION DU PATIENT

- * nom : í ..
prénom : í .
Lieu et date de naissance í í í í í í í í í í . í ./í ./í .
Sexe : masculin féminin
Adresse : í
í
Tél domicile : í í ../í í í í í í í
état civil célibataire
 marié nom et prénom de l'époux(se) í í í í í í í í í í ..
 veuf
 séparé
 divorcé
 conjoint de í .

* **nationalité** : í í í í í í í í í í í

PRISE EN CHARGE

- * **Mutuelle**) fédération : í ...
) matricule : í í í í í í í í í í Numéro National : í í í í í í í .
) code titulaire : í ..
* **Assurance** : í ...

personne de contact : í í í í í í í í í í í í ...í dossier n° í í í í í í í í

* **C.P.A.S.** de í ...

personne de contact : í

* **Contacts** J nom : í

lien de parenté : í

Tel : í í ./í í í í í í í .. 📞 í í ./í í í í í í í í .

 J nom : í

lien de parenté : í

Tel : í í ./í í í í í í í .. 📞 í í ./í í í í í í í í .

* **Médecin traitant** J Docteur í .

adresse : í

Tel : í í ./í í í í í í í .. 📞 í í ./í í í í í í í í .

* **lieu de vie avant l'admission** : í

* **type de chambre souhaité** 1 lit 2 lits commune

* **orientation à la sortie** : domicile
 M.R.
 Autre : í .

* **remarques particulières** (projet post-hospitalier, démarches en cours, í)
 J í
 .í
 í
 í
 í

date : í ./í ./í . Assistant(e) social(e) : í í í í í í í í í ..
 Tél.í ./í í í í í í



**CENTRE HOSPITALIER NEUROLOGIQUE
WILLIAM LENNOX**
GROUPE HOSPITALIER
SAINT-LUC • UCL

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SECTION ADULTE

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR
LE MEDECIN**

* nom du patient í ..

* date de naissance í ./í ./í .

Antécédents :

médicaux : í ..

í .

í .

chirurgicaux í .

í ..

í ..

psychiatriques í ..

í ..

allergiques í .

* **habitudes de vie :**

alcoolí í í í í í í tabací í í í í í í droguesí í í í í í í

Affection principale motivant l'admission

í í

í í

í í

└ date de l'affection : í ./í ./í .

* **intervention chirurgicale :** í ..

└ date de l'intervention : í ./í ./í .

* **description des déficits:** í

í ...

í ...
í ...
í ...

* **évaluation de l'état :**

cardiaque í ..
pulmonaire í .
infectieux í

* **traitement actuel :**

í .
í .
í ..

* **mise au point à prévoir :**

í .
í
í í

* **date de sortie probable :** í ./í ./í .

En cas d'admission, nous vous demandons les documents suivants :

- les copies des examens complémentaires (dernière bio, ECG, protocoles radio, í)
- les radiographies
- les copies des protocoles pour le remboursement des médicaments Bf avec la date de leur instauration

date : í ./í ./í .

Nom du médecin : í í í í í í í í í ..

Tél ..í ./í í í í í í í



**CENTRE HOSPITALIER NEUROLOGIQUE
WILLIAM LENNOX**
GROUPE HOSPITALIER
SAINT-LUC • UCL

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SECTION ADULTE

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR
LE SERVICE INFIRMIER**

Identification du patient ou vignette

Poids : í í í .
Taille : í í í .

- * **communication** adéquate
 difficile
 absente

- ⇒ attitudes désorientation spatio-temporelle
 agitation diurne
 agitation nocturne
 confusion
 agressivité
 difficultés avec autres patients

commentaires : í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ...
í .
í .

- * **mobilisation** ⇒ transfert lit ó fauteuil sans aide
 avec aide manuelle
 avec aide soulève-personne
 impossible
- ⇒ lever possible ó durée í í í í í í í í
 impossible ó motif í í í í ...í í
- ⇒ marche autonome
 sous surveillance
 aide partielle
 → avec l'aide de 1 personne
 canne
 tribune
 chaise roulante
 í í í í í
- aide complète
 impossible

- * **respiration** normale
 aspiration : fréquence í í í í í í í í í í ..
 aérosol : í í í í í í í í í í í í í í ..
 oxygène : í í í í .í í í í í í í í í .l/mm
 trachéo : type í í í í í í placée ou changée le í ./í ./í .

- * **alimentation** autonome
 aide partielle
 aide complète
 troubles de déglutition
 sonde gastrique : placée ou changée le í ./í ./í .
 gastrostomie : placée ou changée le í ./í ./í .
 gavage : type et fréquence : í í í í í í í í í
 í .

- ⇒ régime et consistance : - déjeuner/souper í í í í í í í í í
 - dîner : í í í í í í í í í í í í í

*** hygiène ó habillage**

- ⇒ toilette autonome
 aide de soutien (installation et supervision)
 aide partielle (installation, aide pour une partie)
 aide complète
 í í í í í í í í í í í í í í í í í í í

⇒ état cutané

- escarre ◇ type í í í í í í í í í í í í .í
 ◇ étendue í í í í í í í í í í í ...
 ◇ pansement í í í í í í í í í í ..
 ◇ localisation í í í í í í í í í ..
 plaie ◇ type í í í í í í í í í í í í .
 ◇ étendue í í í í í í í í í í í
 ◇ pansement í í í í í í í í í í í
 ◇ localisation í í í í í í í í í í

⇒ habillage

- autonome
 aide de soutien
 aide partielle
 aide complète
 í í í í í í í í í í í í í í í í ..

*** élimination**

- ⇒ urines continence jour continence nuit
 lange
 sonde à demeure placée ou changée le í /í /í
 cystocath placé ou changé le í /í /í
- ⇒ selles continence incontinence

- * infection** ⇒ type í í í í í í í í í í ..
 isolement

Date : í /í /í .

Service : í í í í í í í í í í í í
Nom infirmier (e) : í í í í í í í í
Tél í í /í í í í í .



**CENTRE HOSPITALIER NEUROLOGIQUE
WILLIAM LENNOX**
GROUPE HOSPITALIER
SAINT-LUC • UCL

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION SECTION ADULTE

**DOCUMENT DE RENSEIGNEMENTS A COMPLETER PAR
LE SERVICE DE KINESITHERAPIE**

- * nom du patient í ..
- * date de naissance í ./í ./í .

- * diagnostic et date de l'affection : í .
í ..í í í í í í í í í í .í ./í ./í .
- * antécédents : í ..
í ..
- * état de conscience : í ..
í ..
- * bilan respiratoire : í ..
í ..
- * bilan orthopédique : í ..
í ..
- * tonus : í ..
í ..
í ..
í ..
í ..
- * sensibilité : í ..
í ..

* motricité volontaire : í ..
í .
í í

* motricité automatique : í
í ..

* troubles associés : í
í ...
í í

* état fonctionnel du patient : í
í
í í

* plan de traitement : í
í
í
í .
í .

* remarques et évolution : í .
í .
í .
í .

date : í ./í ./í .

Kinésithérapeute : í í í í í í í í í ..

Tél ..í ./í í í í í í í